

店舗販売業許可申請書

店舗の名称	〇〇薬店	
店舗の所在地	堺市堺区南瓦町3-1	
店舗の構造設備の概要	別紙の平面図のとおり	
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要	別紙の業務体制表、指針・手順書の概要のとおり	
(法人にあつては)薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名	堺市 薬太 、 堺市 薬美	
通常の営業日及び営業時間	別紙の業務体制表のとおり	
相談時及び緊急時の連絡先	072-000-0000	
特定販売の実施の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	
申請者に責任を有する役員(法人にあつては、薬事に関する役員を含む。)の欠格条項	(1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消され、取消の日から3年を経過していない者	なし
	(2) 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消され、取消の日から3年を経過していない者	なし
	(3) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった後、3年を経過していない者	なし
	(4) 法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法その他薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反し、その違反行為があつた日から2年を経過していない者	なし
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	なし
	(6) 精神の機能の障害により店舗販売業者の業務を適正に行うに当たつて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者	なし
	(7) 店舗販売業者の業務を適切に行うことができる知識及び経験を有すると認められない者	なし
店舗において販売し、又は授与する医薬品の区分	<input type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input type="checkbox"/> 第一類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 指定第二類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第二類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第三類医薬品	
兼営事業の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 医薬部外品・化粧品販売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物販売業 <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器等販売・貸与業 <input checked="" type="checkbox"/> (特定)・家庭用)管理医療機器等販売・貸与業	
備考	[店舗管理者の直近の前職歴] 〇〇薬店泉北店を令和〇年〇月〇付退職 [営業所管理者] 店舗の管理者 [添付済書類の省略] <input type="checkbox"/> 薬剤師免許証 / 販売従事登録証 (氏名:) <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 () 名称 () 許可番号 () (申請・届出)年月日: _____ [店舗のTEL] 072-000-0000	

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所〔 法人にあつては、主たる事務所の所在地 〕 堺市堺区南瓦町3-1

氏名〔 法人にあつては、名称及び代表者の氏名 〕 株式会社 堺市 代表取締役 堺市 薬太

堺市長 殿

〔連絡先〕 担当者名: 堺市 薬子
 電話番号: 080-0000-0000